

Psychose et délire chronique

Pr Jean-Marie Vanelle, Dr Hélène Fablet-Vergnaud

Service de psychiatrie, CHU, hôpital Saint-Jacques, 44093 Nantes Cedex 01

jean-marie.vanelle@chu-nantes.fr

OBJECTIFS

Diagnostiquer une psychose et un délire chronique.

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

DIAGNOSTIQUER

Circonstances et données de l'examen clinique

La diversité des situations cliniques va de la demande compréhensible de soulagement de manifestations anxieuses éprouvantes aux troubles du comportement sur la voie publique, liés à des idées de persécution avec refus de soins.

L'examen somatique peut être vécu comme intrusif, mais aussi rassurer par la médicalisation qu'il comporte. Il apprécie l'état général, en particulier neurologique ; il contribue au diagnostic différentiel, permet d'éliminer une pathologie associée et une possible contre-indication au traitement.

1. TENUE VESTIMENTAIRE

La négligence vestimentaire du psychotique « incuriqué », les bizarreries de l'habillement ou la présence d'accessoires ou ornements inappropriés (« gris-gris » multiples, lunettes noires pour fuir le regard d'autrui...) du délirant chronique attirent l'attention. Un conformisme

excessif, un port altier peuvent évoquer l'attitude rigide du paranoïaque.

2. QUALITÉ DU CONTACT

Elle est souvent révélatrice : froideur, indifférence, ou étrangeté du schizophrène, méfiance, voire réticence du délirant.

3. COMPORTEMENT DU SUJET

Il varie de la simple bizarrerie au trouble justifiant la consultation.

✓ **Le maniérisme psychotique** correspond à des gestes ou attitudes apprêtés, qui font remarquer le sujet sans qu'il s'agisse d'une manœuvre de séduction ni d'un signe d'appartenance à une minorité. Des attitudes d'écoute font rechercher des hallucinations auditives.

POINTS FORTS à comprendre

➤ **La pathologie psychotique est dominée par le syndrome délirant caractérisé par son mode d'apparition (brutal ou progressif), sa durée, ses mécanismes, ses thèmes, son degré de systématisation et les symptômes associés ou non (dissociation, participation confusionnelle ou thymique).**

➤ **Contrairement aux psychoses aiguës, les psychoses chroniques s'organisent durablement autour du syndrome délirant, engageant ainsi la trajectoire existentielle du sujet.**

➤ **Les accès psychotiques aigus peuvent être uniques ou récidiver, mais avec des intervalles libres, indemnes de toute pathologie. Sous l'action des mesures thérapeutiques et des aléas de l'observance, les psychoses chroniques peuvent revêtir un aspect trompeur d'efflorescences délirantes, séparées par des intervalles libres de qualité, avec quelques symptômes résiduels et un délire enkysté.**

✓ **La catalepsie** est observée dans la catatonie, elle désigne un trouble de l'initiative motrice et du tonus, avec conservation des attitudes imposées. Elle est souvent associée au grand négativisme qui désigne l'attitude de résistance active du patient à type d'opposition à tout contact ou sollicitation, jusqu'au mutisme. Le petit négativisme peut s'exprimer par la fuite systématique du regard, la fermeture palpébrale, le refus de la main tendue, ou encore le refuge au lit (clinophilie) persistant tout au long de l'entretien.

✓ **L'agitation psychotique**, volontiers imprévisible, peu compréhensible et contrôlable par le sujet, est souvent liée au délire et (ou) à l'angoisse.

4. MIMIQUE

Il peut s'agir d'expressions d'extase ou de terreur chez certains délirants, d'hypomimie voire d'amimie (refus du contact chez le schizophrène), ou de dysmimies (survenue d'une mimique n'ayant aucun rapport avec les affects ou les propos exprimés, témoin de la discordance idéo-affective).

5. LANGAGE

Vecteur, par excellence, de la vie relationnelle, sa perturbation est fréquente dans les troubles psychotiques.

✓ **L'organisation du discours** peut être la suivante.

Un discours diffluent est un flux de paroles, sans liens logiques, qui évoque les troubles du cours de la pensée, observés chez le schizophrène, comme le barrage (interruption brutale du discours) ou le *fading* mental (suspension progressive des propos jusqu'à l'in audible).

Le mutisme est le refus de parler en l'absence de lésion neurologique des centres du langage. Il peut être une

composante du retrait autistique, mais aussi traduire l'opposition du délirant persécuté.

Les stéréotypies verbales sont la répétition de mots ou groupes de mots, alors que la persévération verbale est la répétition d'une même réponse aux questions successives.

✓ **La perturbation de la syntaxe et de la sémantique** se traduit par des mots détournés de leur sens habituel (paralogisme), des mots créés (néologisme), qui altèrent les possibilités de communication du sujet réalisant au maximum un discours incompréhensible (schizophasie).

6. TROUBLES DU JUGEMENT ET DU FONCTIONNEMENT IDÉIQUE

✓ **Les troubles du cours de la pensée** traduisent le relâchement des associations idéiques, à l'origine de la diffluence du discours, des barrages ou du *fading* mental.

✓ **Les troubles du contenu de la pensée** sont surtout représentés par les idées délirantes. Ce sont des croyances ou convictions personnelles, hors réalité, qui ne sont partagées ni par l'entourage familial ni par le milieu socioculturel d'appartenance. Leurs thèmes peuvent être multiples : persécution, influence, grandeur, jalousie, mystique...

✓ **Le rationalisme morbide** est la tendance du schizophrène à construire et à justifier son comportement par des explications pseudo-scientifiques, en référence à la logique et aux mathématiques.

7. MÉCANISMES DU DÉLIRE

✓ **L'interprétation** est un jugement faux porté sur une sensation réelle ou un fait réel.

✓ **Le mécanisme imaginatif** est la création fabulatrice de faux événements et souvenirs.

✓ **L'illusion** est une erreur de perception d'un stimulus sensoriel existant.

✓ **Les hallucinations** sont des perceptions sans objet.

Les hallucinations psychosensorielles peuvent concerner les 5 sens :

→ les hallucinations auditives sont rudimentaires à type de sifflements ou de simples sons, ou plus élaborées, comme les voix. Elles ont une composante spatiale (perçues à l'oreille ou à proximité) et sont à l'origine d'attitudes d'écoute ou de dialogue hallucinatoire ;

→ les hallucinations visuelles vont de la simple ombre ou lumière à des visions plus sophistiquées avec des visages, des scènes plus ou moins animées ;

→ les hallucinations olfactives et gustatives ont une tonalité plutôt désagréable, odeur ou goût de pourriture p. ex. ;

→ les hallucinations tactiles et cénesthésiques touchent la peau, la sensibilité interne et le schéma corporel, avec sensation de transformation corporelle totale ou limitée à telle ou telle partie du corps (sphère génitale, digestive..).

Les hallucinations psychiques n'ont pas de dimension sensorielle et spatiale. Elles touchent préférentiellement le registre psychoverbal, avec voix intérieures, phénomène de transmission de pensée avec écho, devinement ou vol de la pensée.

Le syndrome de grand automatisme mental de G. de Clérambault associe un triple automatisme : sensoriel (avec des hallucinations psychosensorielles), idéo-verbal et psychomoteur (avec actes commentés ou imposés). On l'observe dans la psychose hallucinatoire chronique et les formes paranoïdes de schizophrénie.

8. TROUBLES DE LA CONSCIENCE DE SOI

Des phénomènes de dépersonnalisation-déréalisation surviennent par crises anxieuses avec sentiment d'irréalité, de métamorphose de soi, des autres ou du monde ambiant. Un vécu de morcellement corporel ou d'influence est évocateur de psychose.

9. TROUBLES ÉMOTIONNELS ET THYMIQUES

✓ **L'émotivité inappropriée** illustre la discordance idéo-affective du schizophrène qui exprime un affect en désaccord avec le contenu de ses propos.

✓ **L'athymhormie** associe une indifférence affective (athymie) et une baisse de l'élan vital (anhormie).

10. CONDUITES INSTINCTUELLES

✓ **Troubles des conduites alimentaires** : un refus alimentaire peut être le témoin d'idées d'empoisonnement, comme des conduites alimentaires bizarres être sous-tendues par des rationalisations pseudo-scientifiques.

✓ **Troubles du sommeil** : l'inversion du rythme nyctéméral est observée chez certains schizophrènes, vivant plutôt la nuit pour se protéger de toute vie sociale.

Symptômes schizophréniques

1. DIAGNOSTIC POSITIF

La schizophrénie est une affection à la symptomatologie polymorphe. Cependant, ses signes cardinaux : dissociation, autisme et délire paranoïde sont suffisamment présents pour donner au malade son aspect caractéristique. Les manifestations anxieuses, dépressives et agressives sont aussi des stigmates importants de la maladie.

On oppose les divers dysfonctionnements en symptômes positifs regroupant principalement les manifestations délirantes et les symptômes négatifs comprenant l'émoussement affectif, le désintérêt, la pauvreté du discours et le retrait autistique, témoins d'un certain déficit.

✓ **La dissociation ou désorganisation de la vie psychique** est liée à la notion de discordance qui témoigne de l'étrangeté, de l'impénétrabilité, du détachement du réel et de l'ambivalence et imprègne les différents domaines de la vie du malade : sphères intellectuelle, affective et comportementale. Le terme de discordance qualifiait, initialement, des situations où dominait la dysharmonie entre 2 registres de l'activité mentale : l'humeur ou le discours et le contenu des représentations mentales. C'est le cas du schizophrène au discours infiltré d'angoisse et de propos délirants persécutifs dont la mimique est animée de sourires inappropriés. On parle alors de discordance idéo-affective. Les notions de discordance et de dissociation sont en règle générale amalgamées.

La dissociation touchant la sphère affective se traduit par la pauvreté des affects, l'émoussement affectif, voire l'indifférence ou l'athymhormie, mais aussi l'ambivalence.

La dissociation touchant la sphère intellectuelle est caractérisée par le relâchement des associations qui s'illustre par une pensée diffluente, une impression de discontinuité des idées avec *fading* mental et barrages. Les troubles syntaxiques comprennent : paralogismes, néologismes, voire schizophasie.

La dissociation touchant la sphère comportementale se décline selon les symptômes déjà décrits : maniérisme,

stéréotypies, apragmatisme (absence d'activité liée à une perte du désir d'agir), incurie (négligence ou manque d'hygiène corporelle), négativisme.

✓ **Le délire paranoïde** n'a pas de spécificité propre quant à ses thèmes et mécanismes. Les idées délirantes sont marquées par la discordance, qui confère au délire un aspect flou et hermétique, sans logique ni clarté. Il s'agit d'une activité délirante, polymorphe, non systématisée, persistant entre les moments féconds. Les thèmes sont variés, avec une prévalence des idées de persécution et de référence sans exclure celles de grandeur, de filiation, mystiques, messianiques, érotomaniaques ou hypocondriaques. Les mécanismes délirants peuvent tous s'observer.

✓ **L'autisme schizophrénique** est un détachement de la réalité aux dépens d'une prévalence relative ou absolue de la vie intérieure. À la fois repli sur soi et désinvestissement du monde extérieur, il peut s'accompagner de la création d'un monde propre, constitué de rêveries plus ou moins riches et délirantes.

2. MODES D'ENTRÉE

DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

Un début en apparence aigu est souvent précédé de manifestations insidieuses, dont l'existence contribue au diagnostic positif.

✓ **Début insidieux** : ces divers symptômes évoquent une rupture progressive mais durable par rapport à la personnalité et au mode de vie antérieurs.

Apparition d'une apathie ou d'un désintérêt intellectuel : l'entourage note un « état de paresse », avec fléchissement scolaire, gêne cognitive, retrait autistique et apragmatisme.

Modification du caractère : c'est aussi bien l'aggravation de traits schizoïdes que la transformation de la personnalité dans le sens de la bizarrerie et de l'étrangeté (attitude de bouderie et de rêverie pathologique, isolement avec indifférence vis-à-vis des proches ou des camarades).

Idées délirantes a minima : sensation indéfinissable de transformation de l'ambiance, perception d'un monde environnant hostile, vagues idées de référence avec interrogation sur ses origines ou sa sexualité...

Singularités du comportement : ces troubles sont souvent dissimulés à l'entourage. Il peut s'agir de fugues et d'attitudes excentriques ou inexpliquées, comme d'abus toxicomaniaques souvent rapidement solitaires, pour tenter de lutter contre le vide ou l'anxiété psychotique.

Manifestations d'allure névrotique :

→ anxiété massive, tantôt anidétique, tantôt de dépersonnalisation avec sentiment d'anéantissement ;

→ symptomatologie pseudo-phobique : préoccupations hypocondriaques ou dysmorphophobiques concernant le visage, avec station prolongée devant la glace (signe du miroir), ou d'autres organes comme les mains ou les organes génitaux, avec demande de chirurgie esthétique ;

→ symptomatologie pseudo-obsessionnelle : les obsessions sont décrites sans réelle conscience de leur caractère absurde, sans lutte anxieuse mais avec un vécu xénopathique, évocateur d'un automatisme mental.

✓ **Début aigu** : il se manifeste par les troubles suivants.

Dans l'expérience délirante primaire, la symptomatologie synchronique est celle d'une bouffée délirante aiguë.

Troubles thymiques atypiques :

→ la manie atypique se caractérise par l'association de symptômes maniaques et dissociatifs, avec des idées délirantes non congruentes à l'humeur ;

→ la dépression atypique associe une symptomatologie dépressive couplée à des signes de discordance psychique touchant la thématique délirante et son retentissement thymique.

L'état confuso-onirique est un mode de début rare, où la prévalence confusionnelle fait rechercher une prise de toxiques ou une pathologie associée.

La transformation brutale du caractère et des conduites est la survenue de signes de dissociation, surtout dans le registre comportemental : impulsions inaugurales auto- ou hétéro-agressives (suicides, automutilations, délinquance, crises clastiques, crimes immotivés).

3. FORMES CLINIQUES

Plusieurs formes cliniques sont décrites à la phase d'état, principalement paranoïde, hébéphrénique et catatonique.

L'individualisation de ces formes symptomatiques est classique, mais de pertinence limitée, en raison du manque de stabilité des symptômes au cours du temps. Les symptômes cardinaux coexistent, sans prévalence de l'un d'entre eux. Ce sont probablement les formes évolutives les plus fréquentes, faites de paroxysmes paranoïdes sur fond de déficit.

✓ **Schizophrénie paranoïde** : le délire paranoïde prédomine. Cette forme clinique répond favorablement au traitement, avec des phases de rémissions partielles, dont la durée est très dépendante de la qualité de l'observance. Le suivi longitudinal se fait souvent vers des formes résiduelles.

✓ **Schizophrénie hébéphrénique** (ou désorganisée) : la symptomatologie est dominée par la désorganisation du discours et du comportement, avec discordance idéo-affective et symptômes négatifs. Les idées délirantes sont pauvres. De début précoce à l'adolescence, elle évolue souvent, d'un seul tenant, sur un mode déficitaire.

✓ **Schizophrénie catatonique** : associant catalepsie, grand négativisme et impulsions, cette forme de discordance motrice est devenue rare, mais peut encore s'associer sous formes de phases résolutive à une trajectoire hébéphrénique pour constituer l'hébéphréno-catatonie.

✓ **États schizo-affectifs (ou schizophrénies dysthymiques)** : ce diagnostic est porté en cas d'association simultanée de symptômes schizophréniques et thymiques au cours d'un même moment fécond, avec la persistance à distance des épisodes de signes dissociatifs, négatifs ou délirants résiduels. Il s'agirait de formes de transition entre la psychose maniaque-dépressive et le groupe des schizophrénies, dont la pertinence nosographique reste discutée.

✓ **Schizophrénie résiduelle** : c'est plutôt une modalité évolutive, après un ou plusieurs épisodes aigus, avec persistance de symptômes négatifs modérés, sans délire ni désorganisation manifeste.

✓ **Autres formes** : elles associent des signes de discordance et des symptômes d'emprunt névrotique - formes pseudo-névrotiques (v. Mode de début insidieux) - ou des troubles des conduites d'allure sociopathique - héboïdophrénie et forme pseudo-psychopathique.

L'existence d'une forme simple de schizophrénie reste discutée tantôt comme une forme discordante « pure » sans délire, tantôt sous la forme de manifestations déficitaires a minima.

4. PRINCIPAUX DIAGNOSTICS

DIFFÉRENTIELS

✓ **Dans les formes débutantes**, l'écueil est double : différer inutilement le diagnostic et les soins qui s'imposent, comme établir prématurément un diagnostic de schizophrénie alors que les troubles n'ont pas encore atteint la durée minimale de 6 mois.

Dans les formes insidieuses, un symptôme apparemment isolé a valeur d'alerte et fait rechercher d'autres signes caractéristiques. Dans la crise d'adolescence, les oppositions et revendications gardent une dimension relationnelle : « se poser en s'opposant » à l'entourage.

Dans les formes de début aigu, l'anamnèse et l'évolution des troubles sont déterminantes : découverte de manifestations insidieuses précédant la décompensation, existence d'une personnalité prémorbide schizoïde, installation progressive des idées délirantes et absence de restitution complète peuvent faire suspecter un début de schizophrénie.

Un début de psychose maniaco-dépressive doit être systématiquement discuté, surtout en cas de troubles thymiques associés, et les antécédents familiaux de trouble de l'humeur recherchés.

✓ **Dans les formes constituées**, les pharmacopsychoses réalisent des tableaux symptomatiques de schizophrénies quasi « expérimentales » où l'usage d'hallucinogènes ou de psychostimulants soulève le rôle respectif des toxiques et d'un désordre mental antérieur révélé. La répétition des épisodes délirants aigus, induite souvent par la reprise ou la poursuite de l'intoxication, finit par évoluer vers la chronicité.

Les troubles périodiques de l'humeur avec épisodes maniaques ou mélancoliques avec délire peu congruent à l'humeur soulèvent la question de leur appartenance à la psychose maniaco-dépressive (PMD) ou aux états schizo-affectifs.

Quant aux autres psychoses chroniques, l'âge de survenue, l'organisation du délire et ses mécanismes, la conservation du fond mental et l'absence de dissociation les opposent au délire paranoïde.

Délires chroniques

Ce sont des psychoses chroniques non dissociatives, qui surviennent à la maturité (35 à 40 ans) et évoluent sans déficit intellectuel. En fonction du mécanisme prévalent du délire, on différencie : les délires paranoïaques, essentiellement interprétatifs ; la psychose hallucinatoire chronique, à prévalence hallucinatoire ; les paraphrénies dans lesquelles le mécanisme imaginatif est prépondérant.

1. DÉLIRES PARANOÏAQUES

Ils se caractérisent par le développement insidieux et d'évolution continue, d'un système délirant durable, avec une conservation complète des facultés intellectuelles. Ces délires chroniques sont systématisés soit en secteur, soit en réseau. En règle, les délires paranoïaques surviennent chez un sujet présentant une personnalité pathologique de type paranoïaque. Celle-ci se caractérise par une surestimation de soi avec orgueil et hypertrophie du moi, une méfiance naturelle avec suspicion de principe et état d'alerte, une psychorigidité et une fausseté du jugement.

On distingue 3 types principaux de délires paranoïaques : les délires passionnels, qui se décomposent en érotomanie, délires de revendication, et délire de jalousie ; le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras ; le délire de relation des sensitifs.

✓ **Les délires passionnels** se développent en secteur à partir d'un postulat de base (« je suis un mari trompé », « je suis aimé... »), alimenté par quelques interprétations délirantes. Le caractère inébranlable de la conviction délirante et la sthénicité qui signe la dimension passionnelle expliquent la dangerosité de ces patients délirants. La recherche minutieuse d'un responsable

désigné est nécessaire, car elle l'expose à des actes de vengeance ou de représailles.

Les délires de revendication peuvent concerner : la justice avec les querélents processifs qui multiplient les procès pour faire triompher leurs droits, la science avec les inventeurs méconnus, la politique ou la religion avec les idéalistes passionnés, la santé avec les hypocondriaques délirants (exigence de réparation pour un acte chirurgical jugé défaillant), et la sinistrose délirante.

Le délire de jalousie touche plus volontiers les hommes et doit faire rechercher des conduites d'alcoolisation associées. Son évolution est variable, paroxystique, alternant des phases d'acalmie, d'hétéro-agressivité envers le conjoint et (ou) le rival, et aussi des phases d'effondrement dépressif avec risques suicidaires.

L'érotomanie est « la conviction délirante d'être aimé » par une personne souvent de condition sociale plus élevée. Elle évolue en 3 phases successives : espoir, dépit et rancune.

✓ **Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras** à thématique persécutrice s'étend en réseau avec des interprétations multiples, exogènes (sur les paroles, faits et gestes des autres) mais aussi endogènes (douleurs gastriques interprétées comme signe d'empoisonnement par exemple).

✓ **Le délire de relation des sensitifs**, appelé aussi paranoïa sensitive de Kretschmer, s'observe lors d'une situation conflictuelle, au sein du microcosme environnant, chez des sujets sensitifs. Cette forme particulière de personnalité associe des traits paranoïaques et obsessionnels avec scrupulosité, timidité et hyperesthésie au milieu ambiant. Des idées de persécution (impressions de malveillance venant des proches, des collègues de travail, des supérieurs hiérarchiques...) et des idées de référence (« on se moque de moi », « on parle de moi ») s'accompagnent volontiers d'états dépressifs.

2. PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

Elle est caractérisée par l'association de manifestations hallucinatoires, riches et prégnantes et d'un syndrome de grand

automatisme mental. De début aigu ou progressif, ce délire chronique s'observe plus volontiers chez la femme.

✓ **Le triple automatisme mental** alimente les idées de référence et favorise certains passages à l'acte délirants auto- ou hétéro-agressifs.

✓ **Le syndrome délirant** est caractérisé par des hallucinations touchant les diverses modalités sensorielles, avec une prédilection auditive (insultes proférées du genre « vache, putain, salope... »), olfactives (mauvaises odeurs diffusées au domicile...) et cénesthésiques (centrées sur la sphère génitale où la personne subit attouchements ou coïts, ou sous forme de courants électriques administrés à distance sur l'ensemble du corps). La thématique est à type de persécution et d'influence, responsables de comportements inappropriés : plaintes répétées à la police, voyages ou déménagements itératifs, mais aussi tentatives de suicide pour échapper aux persécuteurs.

3. PARAPHRÉNIES

Ces délires d'imagination sont rares. Le mécanisme du délire est préférentiellement imaginatif, sans exclure les autres, plus difficiles à mettre en évidence. Une note thymique à type d'exaltation peut s'observer.

Les thèmes sont luxuriants et fantastiques, empruntant aux grands mythes et religions de l'univers : grossesses multiples, voyages à travers le temps et l'espace, réincarnation du Roi Soleil ou de déesse de l'antiquité... avec une connotation mégalomane et persécutrice. Le délire s'enrichit volontiers au gré des récits, alors que le sujet conserve longtemps en parallèle une adaptation sociale satisfaisante (qui fait parler de fonctionnement en double secteur).

4. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

La frontière entre traits de personnalité paranoïaque et idées délirantes est parfois ténue. Le caractère réservé devient réticence avec la constitution du délire.

Un accès de manie délirante chez un sujet présentant des traits de personnalité paranoïaque peut mimer une décompensation paranoïaque aiguë, l'excitation maniaque se rapprochant de l'exaltation passionnelle.

Les psychoses chroniques non dissociatives se différencient de la schizophrénie paranoïde par leur âge d'apparition à la maturité, la systématisation du délire, la conservation du fonds mental et l'absence de dissociation.

Des idées délirantes érotomaniaques s'observent dans de nombreux états délirants aigus ou chroniques : leur mécanisme n'est pas purement interprétatif et d'autres thèmes s'y associent.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Psychoses schizophréniques

1. ÉVOLUTION SPONTANÉE

La description princeps de la démence précoce (Kraepelin) faisait de l'évolution chronique et déficitaire la caractéristique fondamentale des schizophrénies. Cette dimension évolutive réhibitoire a été relativisée avant l'ère thérapeutique (Bleuler). Aujourd'hui, le pronostic reste dominé par l'importance des symptômes négatifs, moins accessibles à la thérapeutique.

2. MODES ÉVOLUTIFS

Plusieurs modes évolutifs sont observés :
→ évolution continue ou évolution intermittente par accès ou moments féconds, où prévalent les manifestations délirantes et qui sont rythmés par les ruptures thérapeutiques ;

→ s'y surajoute un certain niveau de symptômes résiduels, stables ou s'accroissant au fil du temps, au premier rang desquels figurent les symptômes négatifs et les manifestations anxieuses.

✓ **En fonction de la réponse au traitement**, on observe schématiquement une évolution très favorable dans 20 à 25 % des cas, une évolution très péjorative (déficit avec dépendance majeure au système de soins hospitaliers) dans 20 à 25 % des cas. Une évolution intermédiaire, souvent émaillée de moments délirants contraignant à une hospitalisation de quelques semaines à quelques mois est notée dans plus de 50 % des cas.

✓ **Le taux de surmortalité des schizophrénies** par rapport à celui de la population générale varie de 2 à 4, avec une espérance de vie diminuée de 10 ans. Cette surmor-

talité est notamment due au taux élevé de décès par suicide concernant 1 schizophrène sur 10.

✓ **La notion de schizophrénie résistante** s'applique, en général, aux formes sévères qui ne répondent pas ou plus au traitement.

3. FACTEURS PRONOSTIQUES

✓ **La mise en place précoce du traitement neuroleptique** est considérée comme « un gain de chance » pour le sujet ; elle conditionne, aussi, la mise en route des autres mesures thérapeutiques.

✓ **Les facteurs pronostiques défavorables** sont un début précoce avant 20 ans, le sexe masculin, la prévalence de la dimension déficitaire, avec notamment les symptômes négatifs comme la restriction des affects et le retrait socio-familial.

Délires chroniques

✓ **Une évolution continue** concerne surtout les délires paraphréniques, guère accessibles à la chimiothérapie neuroleptique, en dehors de la dimension d'exaltation thymique. Le traitement neuroleptique vise à rétablir un fonctionnement en double secteur.

Certains délires passionnels peuvent aussi rester actifs sur un mode chronique, avec la vigilance thérapeutique qui s'impose.

✓ **L'évolution des délires chroniques sous traitement** est majoritairement fragmentaire, soit sous la forme d'un enkystement ou d'une mise à distance sans réactualisation du délire, soit par l'émergence de moments dépressifs avec ébauche de prise de conscience.

PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

Psychoses schizophréniques

1. ACCÈS AUX SOINS

Il ne va pas de soi, a fortiori en début de maladie. Il est subordonné aux modalités de révélation, d'évolution et d'expression de la maladie schizophrénique, au patient (niveau d'ambivalence et de conscience des troubles), au discernement de l'entourage et au dispositif sanitaire, articulé autour du médecin traitant et du secteur psychiatrique.

Le projet thérapeutique basé sur le dispositif sectoriel implique souvent plusieurs soignants (psychiatre, infirmier de secteur, assistance sociale, psychologue), et plusieurs lieux de soins (hôpital, centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, etc.). Conditionnée par le degré d'alliance thérapeutique avec le malade et son entourage, la prise en charge s'inscrit dans la durée en privilégiant les soins ambulatoires.

L'hospitalisation s'avère souvent une étape d'évaluation incontournable : diagnostique, symptomatique et thérapeutique. Elle s'effectue à temps partiel ou à temps complet, parfois sous contrainte, en application de la loi du 27 juin 1990 (hospitalisation à la demande d'un tiers, hospitalisation d'office), surtout en phase de décompensation aiguë.

2. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

La stratégie thérapeutique fait appel, en les articulant, à la cure neuroleptique ainsi qu'aux mesures psychosociothérapeutiques.

✓ **La cure neuroleptique** en constitue la base, avec 5 manifestations cliniques principales à traiter : le délire, la désorganisation, les symptômes négatifs, les manifestations anxio-dépressives et les troubles du comportement.

La monothérapie neuroleptique est préconisée. Le choix du neuroleptique est conditionné par la recherche du meilleur rapport efficacité/tolérance pour un patient donné. La notion de l'usage d'un traitement antérieur remplissant ces conditions est aussi à prendre en considération, comme le degré d'adhésion et d'observance vis-à-vis du produit concerné.

Les neuroleptiques atypiques comme la rispéridone (posologie moyenne 2 à 4 mg/j) ou l'olanzapine (posologie moyenne 7,5 à 15 mg/j) sont actuellement préférés en première intention, pour leur spectre thérapeutique plus large et non dose-dépendant (notamment pour les symptômes positifs et négatifs). Il faut en surveiller la tolérance (comme pour tout neuroleptique), même si elle est

bonne sur le plan neurologique (propriété de tout neuroleptique atypique). En cas de traitement conventionnel (type halopéridol à posologie moyenne de 5 à 10 mg/j) efficace, bien toléré et observé lors d'une décompensation antérieure, sa reprise est légitime. Le recours à un neuroleptique d'action prolongée (NAP), comme le décanoate d'halopéridol, garde sa pertinence, notamment en cas d'inobservance et de dangerosité avérées, mais après s'être assuré de l'action et de la bonne tolérance de la molécule mère.

Un traitement initial par voie intramusculaire peut être nécessaire, en cas d'opposition ou d'agitation.

✓ **Les autres psychotropes** ont un intérêt en association :

→ les benzodiazépines visent à renforcer l'action du neuroleptique sur l'anxiété psychotique, à en améliorer la tolérance (en cas d'akathisie par exemple) et à éviter le recours aux associations de neuroleptiques ;

→ les thymorégulateurs (sels de lithium, carbamazépine et valpromide) sont indiqués pour la prévention des accès de schizophrénie dysthymique ou pour leurs propriétés anti-agressives, en complément du traitement neuroleptique avec lequel les interactions sont à contrôler ;

→ les antidépresseurs sont réservés aux états dépressifs, survenant à distance des phases processuelles.

✓ **La sismothérapie** est indiquée, en seconde intention et sous couverture neuroleptique, dans la catatonie, les états schizo-affectifs et en cas de résistance au traitement.

✓ **Les mesures psychosociothérapeutiques** ont pour but l'instauration progressive d'une relation psychothérapeutique dans le respect de la juste distance avec un patient, volontiers anxieux et interprétant.

La prise de contact avec l'entourage doit être systématique. La famille apporte aux soignants des informations nécessaires au diagnostic et aux soins. Il est recommandé « d'offrir aux patients et à leur famille une information la plus com-

plète et la plus objective possible afin de développer autour de la personne souffrant de schizophrénie un véritable partenariat » (Anaes). Ce travail avec les familles permet de réduire les stress intra-familiaux, source de rechutes. En cas de dysfonctionnements patents avec attitudes d'hostilité, de rejet mais aussi d'hyperprotection, l'indication d'une thérapie familiale se pose.

Les thérapies cognitives visent à réduire certains dysfonctionnements de traitement de l'information comme les hallucinations, alors que les thérapies comportementales sont centrées sur les conséquences de cette mauvaise gestion de l'information, en instaurant, p. ex., un conditionnement à la prise régulière du traitement neuroleptique.

Diverses mesures de réhabilitation psychosociale sont prescrites au patient en fonction du moment évolutif, pour préserver ou développer ses capacités d'autonomie, ses relations sociales et familiales, voire son insertion professionnelle : suivi de secteur avec visites à domicile ; admission en hôpital de jour ou en Centre d'accueil et de traitement à temps partiel (CATTP) ; admission dans un lieu de vie : foyer, appartement thérapeutique ; attribution du statut de handicapé, d'une allocation adulte handicapé (AAH), ou d'un emploi protégé en milieu ordinaire ou protégé (Centre d'aide par le travail [CAT]) par la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP).

Délires chroniques

1. TRAITEMENT DES DÉLIRES PARANOÏAQUES

Le cadrage thérapeutique doit clairement confronter le malade à la loi, dans le respect des procédures d'hospitalisation sous contrainte. C'est, en effet, la seule autorité que le paranoïaque délirant accepte, faute de demande de soins et de l'absence de conscience du caractère morbide des troubles.

✓ **L'hospitalisation** préside souvent au premier contact, suite à des troubles du comportement avec danger pour la

sécurité des proches ou des personnes. Une mesure d'hospitalisation d'office (HO) est alors indispensable, le recours à l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) rendant la place du tiers inconfortable ou dangereuse, s'il est le persécuteur désigné ou s'il est intégré dans le système délirant.

Les réactions dépressives améliorent le consentement aux soins.

✓ **La chimiothérapie** : il est souvent difficile de faire accepter à ce type de malade un traitement neuroleptique, dont l'objectif est de réduire la dimension passionnelle et de permettre une mise à distance du délire, la critique étant exceptionnelle.

L'association neuroleptique et antidépresseur est pertinente en cas de délire de relation des sensitifs, mais aussi lors des phases d'effondrement dépressif. En raison de leurs propriétés antidépressives détectées dans les schizophrénies, la prescription d'un neuroleptique atypique pourrait s'étendre à cette pathologie.

2. TRAITEMENT DE LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

✓ **L'hospitalisation** est utile lors des décompensations aiguës afin de prévenir les réactions auto- ou hétéro-agressives.

POINTS FORTS à retenir

- **Les psychoses chroniques se caractérisent par une inadaptation durable à la réalité avec comme symptôme prévalent le délire. Elles témoignent d'un processus morbide qui infléchit toute la trajectoire existentielle du sujet.**
- **On distingue :**
 - **le groupe des schizophrénies survenant à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui s'accompagnent d'une désorganisation globale de la vie psychique, appelée dissociation ;**
 - **les délires chroniques de la maturité, survenant après 35 à 40 ans, chez un sujet pouvant présenter un terrain prédisposant (personnalité paranoïaque par exemple). Ce sont, en fonction du mécanisme principal du délire, les délires interprétatifs paranoïaques, les paraphrénies à prévalence imaginative et la psychose hallucinatoire chronique.**
- **La prise en charge thérapeutique s'inscrit dans la durée, en associant cure neuroleptique et mesures de réhabilitation psychosociale.**

✓ **Le traitement neuroleptique** a pour objectif de permettre un enkystement du délire, compatible avec un retour à domicile. Le neuroleptique le plus hallucinolytique reste aujourd'hui l'halopéridol à la dose de 5 à 15 mg/j. Si son administration quotidienne est bien tolérée, le relais par la forme retard à l'aide d'une injection intramusculaire mensuelle permet de s'assurer d'une bonne observance.

3. TRAITEMENT DES PARAPHRÉNIES

Ces délires imaginatifs sont peu sensibles à la chimiothérapie neuroleptique, justifiée en cas de délire envahissant ou d'exaltation thymique.

MINI TEST

A./VRAI ou FAUX ?

- 1 Le rationalisme morbide désigne la fausseté du jugement du paranoïaque.
- 2 Un décès par suicide touche un schizophrène sur 20.
- 3 Dissociation, autisme et délire paranoïde sont les signes les plus caractéristiques de la schizophrénie.
- 4 L'athymhormie est un des signes de la dissociation affective chez les schizophrènes.

B./VRAI ou FAUX ?

- 1 Le délire paraphrénique est à prévalence imaginative.
- 2 Le délire paranoïde est une forme de délire paranoïaque.
- 3 L'érotomanie est une forme clinique de délire sensitif de relation.

C./QCM

Parmi les caractéristiques suivantes, lesquelles sont évocatrices d'un délire passionnel ?

- 1 Délire de maturité.
- 2 Terrain favorable d'une personnalité paranoïaque prémorbide.
- 3 Délire de mécanisme interprétatif.
- 4 Développement en réseau.
- 5 Dangersité en cas de persécuteur désigné.

Réponses : A : F, F, V, V / B : V, F, F / C : 1, 2, 3, 5.

VOIR AUSSI

- **Psychiatrie de l'adulte**
Lemperière Th, Feline A
(Paris : Abrégé Masson, 1987)
- **Le livre de l'interne en psychiatrie**
Olié JP, Gallarda T, Duaux E
(Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2000)

DEJÀ PARUS DANS LA REVUE

- **Schizophrénies**
Monographie
(Rev Prat 2002 ; 52 [11] : 1173-222)
- **Urgences psychiatriques**
Monographie
(Rev Prat 2003 ; 53 [11] : à paraître)
- **Psychiatrie (médicaments de l'urgence)**
Goudal P
(Rev Prat Med Gen 2002 ; 16 [579] : 1025-6)
- **Psychiatrie (médicaments de l'urgence)**
Goudal P, Marcel JL
(Rev Prat Med Gen 2001 ; 15 [541] : 1264-5)